

輸血に関するインシデント事例

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 部長 坂口 美佐

【スライド 1】



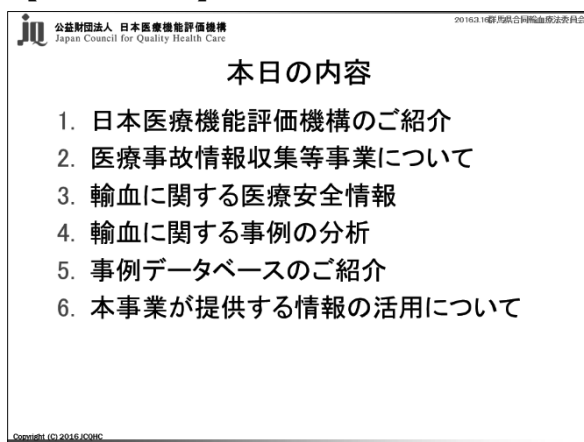
皆様、こんばんは。日本医療機能評価機構からまいりました坂口でございます。

本日は、このような機会をいただきましてありがとうございます。平日のご勤務の後でお疲れと思いますので、お茶でも飲みながら、ゆっくり聞いていただければと思っております。

私は今ご紹介いただきましたように、もともと麻酔科医をしておりまして、血液センターにも緊急を含めまして大変お世話になってまいりましたが、おそらく

輸血に関しては、お集まりの皆様のほうがはるかにご専門でいらっしゃると思いますので、どうぞお手柔らかにお願い致したいと思います。

【スライド 2】



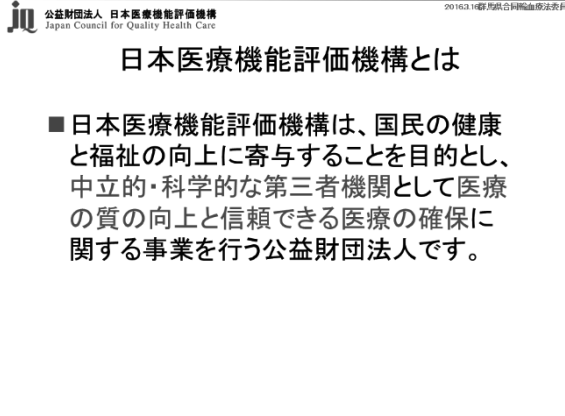
本日、お話しさせていただく内容です。まず、私の勤務しております日本医療機能評価機構、少し長い名前ですが最近では略称としまして、評価機構と呼んでも良いということになりましたので、今後、評価機構と言わせていただきます。事業全体のご紹介と、私の関わっています医療事故情報収集等事業について、簡単にですがご紹介をしたいと思います。

そして、輸血に関する事例としまして、医療安全情報で幾つか提供している事例

がありますので、そのお話と、事例の分析に関することとお話しします。事例分析は、私どもが出している報告書の中で幾つか行っているのと、研修会でも毎年やっているものがありますので、それにも触れていきたいと思っております。

また、事例を全て公開していますので、それをぜひ皆様にも活用していただきたいと考えています。その活用の仕方についても、最後にご紹介しようと思っています。少し盛りだくさんにはなりましたが、リラックスしてお聞きいただければと思っています。

【スライド 3】



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

日本医療機能評価機構とは

■ 日本医療機能評価機構は、国民の健康と福祉の向上に寄与することを目的とし、中立的・科学的な第三者機関として医療の質の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行う公益財団法人です。

Copyright (C) 2015 JCQHC

まず最初の話題ですけれども、評価機構のご紹介です。

お手元には、評価機構の取り組み 2015 というパンフレットもあるかと思うので、そちらも参考にしていきたいと思っています。

この評価機構は、青文字で示しましたように、「中立的・科学的な第三者機関」という位置付けがされています。目的は、「医療の質の向上と信頼できる医療の確保」ということになっております。

私の関わっています医療事故の情報を集めるという事業は、厚生労働省の補助金で賄われている事業になりますけれども、運営は私たち民間の第三者機関でやっています。

【スライド 4】



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

ホームページ

ホーム | 組織について | 事業内容 | 認定病院検索 | イベント情報 | 出版・ダウンロード | プレスリリース | 研究・調査 | 募集・採用案内

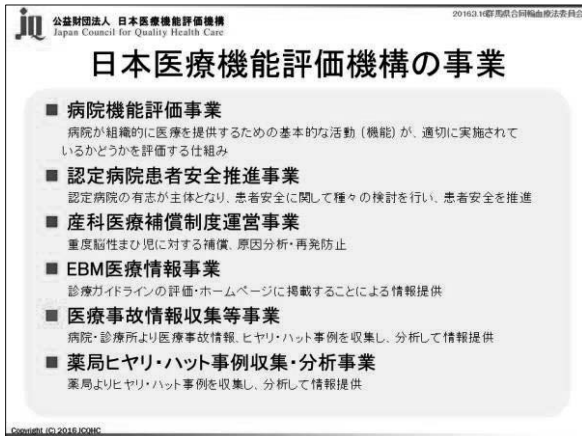
お知らせ

- 2016年9月 2日 第1回（16）医療安全委員会開催のご案内、また、第1回（16）医療安全委員会開催のご案内、また、第1回（16）医療安全委員会開催のご案内
- 2016年9月 1日 第1回（16）医療安全委員会開催のご案内、また、第1回（16）医療安全委員会開催のご案内、また、第1回（16）医療安全委員会開催のご案内
- 2016年8月 1日 第1回（16）医療安全委員会開催のご案内、また、第1回（16）医療安全委員会開催のご案内、また、第1回（16）医療安全委員会開催のご案内
- 2016年8月 1日 第1回（16）医療安全委員会開催のご案内、また、第1回（16）医療安全委員会開催のご案内、また、第1回（16）医療安全委員会開催のご案内
- 2016年8月 1日 第1回（16）医療安全委員会開催のご案内、また、第1回（16）医療安全委員会開催のご案内、また、第1回（16）医療安全委員会開催のご案内

Copyright (C) 2015 JCQHC

こちらが評価機構全体のホームページです。この中に、ブルーのボタンが右下に並んでいます。病院機能評価事業から始めて、いろいろな事業のボタンが付いています。それぞれを押しますと、各事業を詳しくご覧いただくことができます。

【スライド 5】



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

日本医療機能評価機構の事業

- 病院機能評価事業
病院が組織的に医療を提供するための基本的な活動（機能）が、適切に実施されているかどうかを評価する仕組み
- 認定病院患者安全推進事業
認定病院の有志が主体となり、患者安全に関して種々の検討を行い、患者安全を推進
- 産科医療補償制度運営事業
重度脳性まひ児に対する補償、原因分析・再発防止
- EBM医療情報事業
診療ガイドラインの評価・ホームページに掲載することによる情報提供
- 医療事故情報収集等事業
病院・診療所より医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例を収集し、分析して情報提供
- 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
薬局よりヒヤリ・ハット事例を収集し、分析して情報提供

Copyright (C) 2016 JCQHC

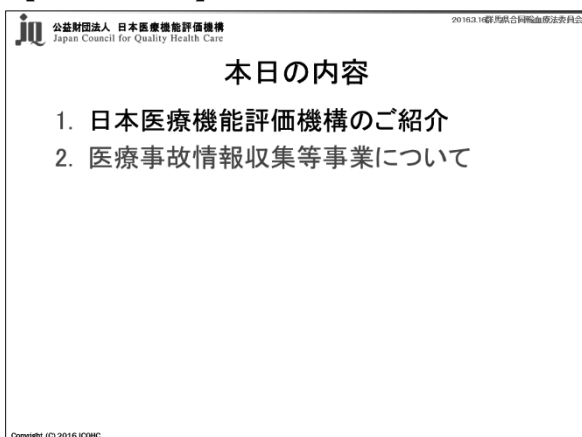
どんな事業があるか簡単に見ていただきますと、一番基となっていますのが病院機能評価事業です。皆様のご勤務の病院でも病院機能評価を受審された病院があるかと思いますが、病院が組織的に医療を提供するような仕組みがきちんとできているかということの評価することで、サーベイヤーの先生方が実際に病院を訪れて評価をしていくという仕組みがあります。それを運営している部門があります。そこからできた認定病院患者安全推進事業は、機能評価で認定された病院の方々が主体となって、患者安全に関するいろいろなことをやっている事業の部門です。

そして、全然違う話になりますけれども、産科医療補償制度です。これは産科関連の方はよくご存じかと思いますが、お産の際に脳性麻痺になってしまう赤ちゃんに対する補償、原因分析、再発防止をするという制度を運営していくというものになります。

そして、また話はがらっと変わりますけれども、EBM (Evidence-Based Medicine)、診療ガイドラインの評価をして、ホームページで掲載して周知をしていくという事業もあります。

そして、一番下に私の関わっている 2 つの事業があります。医療事故情報収集等事業は、病院や診療所から医療事故やヒヤリ・ハットの事例を集めまして、分析して情報提供していくという部門です。その下の薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業は、病院や診療所ではなく保険薬局、調剤薬局さんから事例を集めて情報提供するという部門です。私はこの 2 つにまたがって、部長という職を 1 年半前からやっているところです。

【スライド 6】



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

本日の内容

1. 日本医療機能評価機構のご紹介
2. 医療事故情報収集等事業について

Copyright (C) 2016 JCQHC

医療事故情報収集等事業についてお話しします。今度はお手元のパンフレットのもう 1 つのほうです。事業のご案内という水色っぽい表紙のものになります。こちらに、私どもの事業について詳しく書いてございます。

【スライド 7】



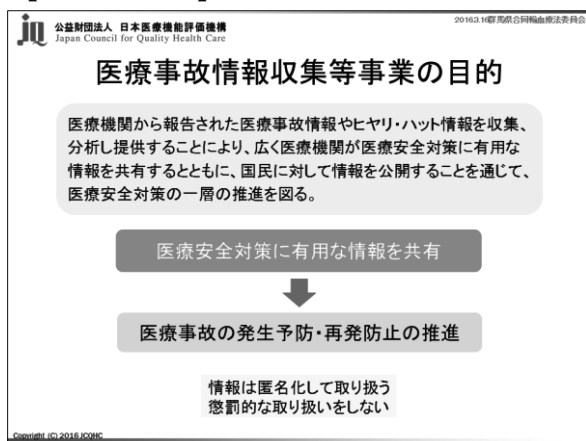
イラストで流れを表しますと、このような感じになります。医療機関から、医療事故事例やヒヤリ・ハット事例のご報告をいただきます。これは各医療機関に ID とパスワードがありまして、インターネットで専用の画面から入っていただいて、情報の機密が保たれるということで報告をいただいています。

私どもの略称は、JQ (Japan Council for Quality Health Care) と示しています。こちらで分析をして、情報提供をして

います。いろいろな形の情報提供がありまして、報告書・年報、医療安全情報、事例を公開しているデータベースや、研修会でも事例を紹介しているということがあります。

これらは、報告してくださっている医療機関には、直接 1 冊ずつ郵送をしています。その他にインターネットで、ホームページで公開していますので、医療関係の方に限らず国民誰もが、そういう情報を見ることができるようになっています。

【スライド 8】



目的は、医療安全対策に有用な情報を集めて共有することです。それによって、医療事故の発生予防や再発防止を推進していくということになります。ですから、どこそこの病院で何かがあったからけしからんとか、何とか病院の誰々先生がこんなことを起こしたとか、そういう個人名を特定できるような情報というのは一切出さないわけです。全て情報は匿名化して扱うようにしています。

もう 1 つは懲罰的な取り扱いはしないということで、あくまでも他の医療機関にとっても有用な情報になるようなことを提供して、日本全国の医療安全が進んでいくようにということを目的とした事業です。

【スライド 9】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.18 群馬県合同輸血療法委員会

本事業の意義

- 自施設が経験したことのない、または数年に一度しか起こらない医療事故、ヒヤリ・ハット事例を共有できる。
- 自施設で医療事故が発生することのないよう防止対策をあらかじめ講ずることができる。

Copyright (C) 2016 JQHC

この事業の意義を分かりやすく書いてみました。医療機関からの立場で言いますと、自分の施設では経験したことのないようなインシデント、ヒヤリ・ハット、あるいは医療事故とか、数年に一度しか起こらないようなまれな事例でも、情報を見ることができます。それによって、自分の所で医療事故が発生することがないように、あらかじめ防止対策を講じることができるわけです。こういうことで、医療事故の未然防止につながればというのが大きな意義かと考えています。

【スライド 10】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.18 群馬県合同輸血療法委員会

事業に参加している医療機関：1426施設

- 医療事故事例情報
 - ◆ 報告義務対象医療機関 275施設
平成16年(2004年)9月21日付け 医療法施行規則一部を改正する省令において、報告を義務付けられた医療機関
 - ① 国立研究開発法人及び国立ハンセン病療養所
 - ② 独立行政法人国立病院機構の開設する病院
 - ③ 学校教育法に基づく大学の附属施設である病院(病院分院を除く)
 - ④ 特定機能病院
 - ◆ 参加登録申請医療機関(任意参加) 743施設
- ヒヤリ・ハット事例情報(全て任意参加)
 - ◆ 参加登録医療機関(件数報告) 1178施設
うち、事例情報報告医療機関 643施設

※2015年12月31日現在

Copyright (C) 2016 JQHC

現在、事業に参加している医療機関は、医療事故の情報を報告する医療機関と、ヒヤリ・ハットの報告をする医療機関とあります。両方報告してくださる所もありますし、片方という所もあります。全部合わせますと 1,400 余りの医療機関になっています。

この中で医療事故のほうは、報告義務のある医療機関と、任意参加の医療機関と 2 種類あります。報告義務のある医療機関は、法令で決まっているということ

で義務となるわけです。例えば、国立の病院、ナショナルセンター、がんセンター等あとはハンセンの療養所、国立病院系と、もう 1 つ大きなグループとしては大学病院になります。ですので、群馬大学さんは報告義務があるということになります。

また、それ以外の病院でも、自分たちも参加しますということで、手挙げをして参加して下さっている病院がたくさんあります。ヒヤリ・ハット事例の情報を報告して下さる病院も、とてもたくさんあるという状況です。

【スライド 11】



こちらは報告件数と医療機関数を表したグラフになっています。

まず、医療機関数から見てまいりますと、報告義務のある医療機関は緑色の折れ線で示しているもので、ほぼ横ばいです。これは先程ご覧いただいたように、大学病院や国立病院はそんなに増えていくものではありませんので、ほぼ一定の約 275 程度で推移しています。

ところが、報告義務のある医療機関からの報告件数は水色の棒グラフで示して

いますように、だんだんと増えている状況です。報告をしようという意識が高まってきているのではないかと受け止めております。

一方、任意参加の医療機関はオレンジ色の折れ線グラフで、医療機関数としては参加が増えてきています。任意参加の病院の報告件数は黄色の棒グラフです。医療機関は増えていますが、報告の件数はそれほど増えていないという状況が見られております。

病院にとりましては、この事業に参加してくださるということだけでも 1 つ大きなハードルを越えるということで、医療安全への意識の表れだと思いますが、更に報告を出すということになると、また少しハードルが上がるということで、参加して報告を出すというところには至っていないという状況が見られております。この後、報告事例等もご覧いただきますので、もし皆様の病院の中で任意参加の病院の方がいらっしゃいましたら、報告をいただければありがたいと思っています。

【スライド 12】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.18 群馬県合同輸血療法委員会

医療事故事例として報告していただく情報

- ① 誤った医療または管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。
- ② 誤った医療または管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例(行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る)。
- ③ ①及び②に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例。

Copyright (C) 2016 JQHC

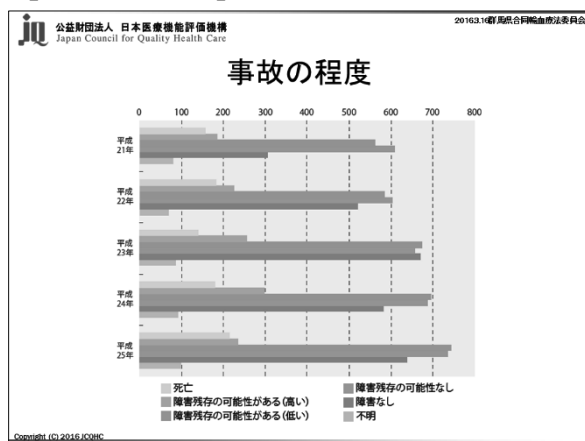
こちらは、医療事故として報告していただく情報の範囲を示しています。

ポイントとして、①は、誤った医療や管理によって何か患者さんに影響が出たもの、死亡や障害が残った、あるいは予想を上回る処置が必要になったというものになります。②は、誤った医療や管理を行ったことは明らかでないけれども、やはり①と同じように影響が出たものというカテゴリーになっています。

一番注目していただきたいのは、この③です。①、②の他に、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例と記載されています。つまり、患

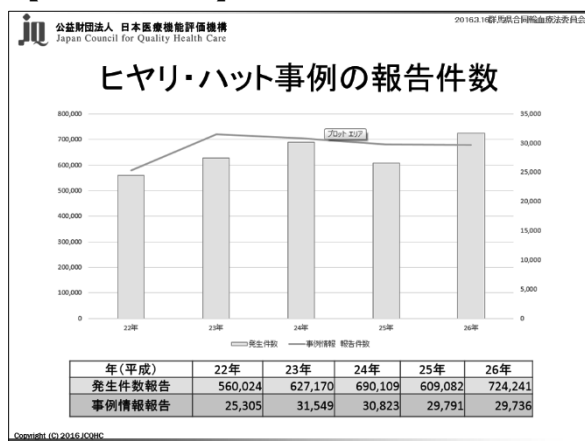
者さんへの影響度に関係なく、他の病院や診療所にとっても、医療事故の防止に役に立つと思われるような事例はご報告をいただければということで、このようなカテゴリーになっています。

【スライド 13】



これは報告いただいた事例の事故の程度です。患者さんへの影響の大きさを示したのになります。平成 25 年までのデータになっておりますが、傾向としまして、赤い棒や青い棒が伸びてます。青は平成 21 年に比べると、倍ぐらいい増えていいることが分かります。実はこのブルーの棒グラフは、障害なしという影響度になります。患者さんに影響がなく、障害が残らないような事例であっても、医療安全に資すると思われた事例の報告をくださるようになってきているということが見て取れるかと思ひます。

【スライド 14】



こちらは、ヒヤリ・ハット事例の報告件数を示したグラフです。発生件数と言ひまして、病院の中で集計をしていただひて、例えば薬剤に関する事例が何件ありましたという件数だけを報告いただひというやり方があります。その発生件数報告が平成 26 年には、70 万件余りの報告をいただきました。

その他に事例情報を報告いただひというやり方があります。これは 1 件 1 件こんなことがありましたが、事例の内容も記述していただひ報告形式です。こちらの報告は年間 3 万件程度いただひています。

【スライド 15】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

「輸血」の事例の報告件数

	報告件数		
	医療事故 事例	ヒヤリ・ハット 事例情報	ヒヤリ・ハット 発生件数情報
2010年	15	223	3,090
2011年	7	197	4,348
2012年	7	191	4,195
2013年	10	190	3,425
2014年	10	190	4,390
【参考】 2014年全事例	3,194	29,736	724,241

Copyright © 2015 JQHC

その中で、今日のテーマであります「輸血」の事例の報告件数がどれ程あるかを調べてみました。医療事故の事例は、年に大体 10 件前後です。全事例が 3,000 以上ある中の 10 件ですので、輸血の事故事例の報告というのは、割合としては多くはないことが分かります。しかし、非常に重要な事例をご報告いただいています。

ヒヤリ・ハット事例は、事例情報では 200 件位。そして、発生件数が 3,000～4,000 件程度ということで、大体一定の割合で輸血の事例が占めているということが分かってまいりました。

【スライド 16】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

Facebookによる情報提供

Copyright © 2015 JQHC

私どもの事業は、Facebook にも情報提供しておりますので、おやりになっている方はちょっとのぞいていただけて、良かったら「いいね！」を押していただけると、うれしいかなと思います。

また、ここに赤いマークで「TOKYO 2016」という宣伝が載っています。オリンピックみたいですが、オリンピックは 2020 年です。2016 年、つまり今年、東京で、医療の質や安全に関する ISQua (International Society for

Quality in Health Care) という国際学会を開催することになっています。私どもの評価機構も、この学会の本部と共同開催ということで今準備を進めているところです。東京の国際フォーラムという所で 10 月半ばにやりますので、ご興味のある方はホームページをのぞいていただければと思います。

【スライド 17】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16 群馬県合同輸血療法委員会

本日の内容

1. 日本医療機能評価機構のご紹介
2. 医療事故情報収集等事業について
3. 輸血に関する医療安全情報

Copyright © 2015 JQHC

3 つ目の話題になりますが、輸血に関する医療安全情報をご紹介します。事例も一緒に見ていきたいと思います。

【スライド 18】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16 群馬県合同輸血療法委員会

医療安全情報の提供

約6,000医療機関
事業参加医療機関
+
FAX送付を希望する病院

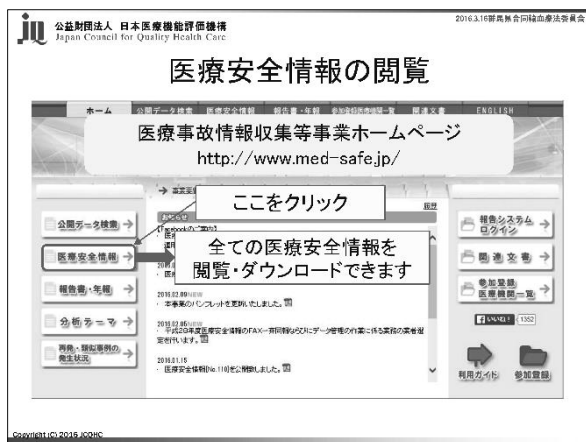
社会全体

Copyright © 2015 JQHC

医療安全情報は、病院でファクスでご覧になったり、あるいはホームページでご覧になったりしたことがある方が多くいらっしゃるかと思います。ファクスは、先程紹介したこの事業に参加している医療機関の他にも、送ってほしいと希望された病院にはお送りをしています。今現在、約 6,000 の医療機関にお送りしています。日本の病院の数が、大体 8,500 です。おおよそ 7 割の病院にお送りしているところです。その他にもインター

ネット、ホームページからどなたでも見ていただくことができますので、社会全体に情報をお出ししているということになります。

【スライド 19】



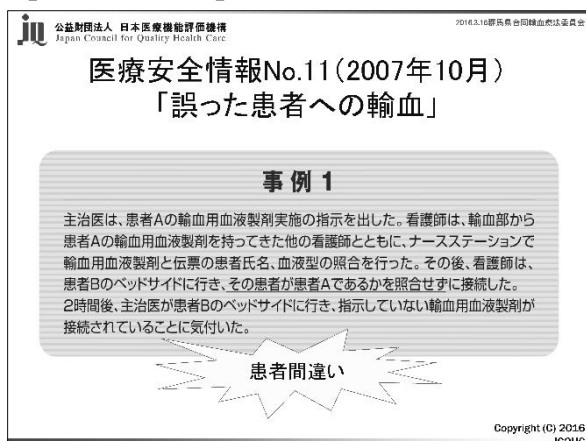
ホームページから見ていただくやり方です。私どものホームページが、<http://www.med-safe.jp/>という、こういうホームページがありまして、この画面が開きます。いろいろなボタンがあります。後でまた紹介しますが、医療安全情報という所をクリックしていただきますと、今まで 110 以上出している全ての医療安全情報を見ていただいたり、ダウンロードすることができます。

【スライド 20】



これが、2007 年に出しました「医療安全情報 No.11」です。タイトルは「誤った患者への輸血」ということでお出ししました。やはり輸血の事例で一番防ぎたいのは、患者間違い、異型輸血ということになるかと思います。非常に重要なテーマだということで取り上げました。

【スライド 21】



ここで取り上げている事例ですが、1 目の事例は、主治医は、患者 A の輸血用血液製剤実施の指示を出しました。指示を受けた看護師は、輸血部から患者 A の輸血用血液製剤を持ってきた他の看護師とともに、ナースステーションで輸血用血液製剤と伝票の患者氏名、血液型の照合を行った。その後、看護師は、患者 B のベッドサイドに行き、その患者が患者 A であるかを照合せずに接続した。2 時間後、主治医が患者 B のベッドサイドに行き、指示していない輸血用血液製剤が接続されていることに気付いた。

その後、看護師は患者 A ではなく、患者 B のベッドサイドに行き、その患者が

患者 A であるかを照合せずに接続しました。2 時間後に、輸血用血液製剤の間違いに気付いたという事例になります。典型的な患者間違いの事例ということで、ご紹介をしています。

【スライド 22】



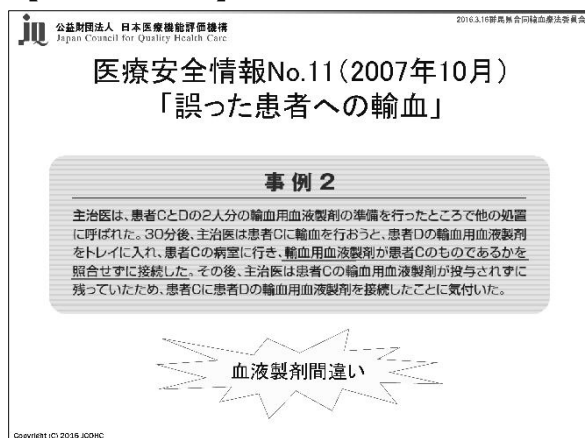
「誤った患者への輸血」というのは、実は別のパターンがありまして、血液製剤を間違えるというパターンも後で紹介しますが、まずは患者間違いのパターンです。

今の事例 1 のイメージを漫画で示しますと、ナースステーションで 2 人で伝票と血液製剤のチェックをしています。ここまでは、きちんとできています。ところが、せっかくチェックした血液製剤を全然違う患者さんの所に持って行って、この患者さんと血液製剤の照合なしで、こ

の患者は A さんに違いないということで、そのまま投与をしてしまったという事例です。

この後、いろいろな事例を見ていただきますけれども、この最終段階で、患者さんと使用すべき血液製剤の照合をやっていないということに尽きるわけで、この現象がいろいろな形で事例に現れております。

【スライド 23】



別のパターンですけれども、先程の医療安全情報の 2 つ目の事例として紹介しているものになります。主治医が、患者さん C と D、2 人分の血液製剤の準備を行ったところで、他の処置に呼ばれました。30 分後に戻って来られまして、患者 C に輸血を行おうとして、患者 D の輸血製剤をトレイに入れました。患者 C に輸血をしようと思っていますので、C さんの病室に行き、そこで持っていった血液製剤が C さんのものであるかどうかは照合せず

に接続したという事例になります。今度は C さんの所に行こうと思って、C さんの所に行っていますので、患者さんはこの先生にとっては合っていた。ところが持っていく血液製剤が違ってました。血液製剤間違いになります。

【スライド 24】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

誤った患者への輸血のパターン

- 患者Aに輸血を予定したが…
 - 患者間違い
 - 患者Bを患者Aだと思いこみ、
 - 患者Bに患者Aの血液製剤を輸血
 - 血液製剤間違い
 - 患者Bの血液製剤を患者Aのものだと思いこみ、
 - 患者Aに患者Bの血液製剤を輸血

患者と血液製剤の
照合をしていない

Copyright © 2015 JQHC

誤った患者さんへの輸血のパターンというのは、大まかに言いますと、患者さん間違いか、血液製剤間違いか、このどちらかということになります。整理しますと、患者 A に輸血を予定したけれども、患者間違い、すなわち患者 B を患者 A だと思い込んで、B さんに A さんの輸血をしたパターンか、あるいは持っていく製剤を間違えた。A さんに輸血をしようとして、B さんの血液製剤を持って行って輸血をした。このどちらのパターンも起こり得るということです。どちらも共通して、直前の段階で患者さんと血液製剤の照合をしていないため起きてしまっているということが、いろいろな事例を見ていると分かってきます。

【スライド 25】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

医療安全情報No.11(2007年10月) 「誤った患者への輸血」

事例が発生した医療機関の取り組み

院内の輸血マニュアルを遵守し、
輸血用血液製剤を接続する際は、
患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行う。

Copyright © 2015 JQHC

誤った患者さんへの輸血のパターンというのは、大まかに言いますと、患者さん間違いか、血液製剤間違いか、このどちらかということになります。整理しますと、患者 A に輸血を予定したけれども、患者間違い、すなわち患者 B を患者 A だと思い込んで、B さんに A さんの輸血をしたパターンか、あるいは持っていく製剤を間違えた。A さんに輸血をしようとして、B さんの血液製剤を持って行って輸血をした。このどちらのパターンも起こり得るということです。どちらも共通して、直前の段階で患者さんと血液製剤の照合をしていないため起きてしまっているということが、いろいろな事例を見ていると分かってきます。

今の医療安全情報で、実際に事例が発生した医療機関の取り組みをご紹介します。そんなに特別なことはありません。「院内の輸血マニュアルを遵守し、血液用輸血製剤を接続する際は、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行う」という、直前の確認が大事ということですよ。そんなに魔法の杖みたいな手段はないということですけれども、当たり前のことをきちんとやりましょうということが示されています。

【スライド 26】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

再発・類似事例の発生状況

「誤った患者への輸血」の医療事故事例報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成15年				0	0
平成17年	0	1	0	0	1
平成18年	1	1	0	1	3
平成19年	2	0	0	0	2
平成20年	0	1	0	0	1
平成21年	0	1	0	1	2
平成22年	0	2	0	0	2
平成23年	1	0	0	2	2
平成24年	0	0	0	0	0
平成25年	1	1	—	—	2

第34回報告書(p.191)

Copyright© 2015 JCQC

今、医療安全情報のご紹介をしましたが、その後も類似事例の発生が続いているという状況です。毎年、コンスタントにと言うとあれなんですが報告がありまして、「誤った患者への輸血」の事例がない年はないというぐらい報告は続いています。

【スライド 27】

公益財団法人 日本医療機能評価機構 Japan Council for Quality Health Care		2016.3.1群馬県合同輸血療法委員会	
医療安全情報No.110 (2016年1月) 誤った患者への輸血(第2報)			

Copyright© 2015 JQC

そういう報告が続いているので、この1月に、「誤った患者への輸血(第2報)」をお出ししたところです。ちょうどこの研修会が予定されたのが1月20日でした。事前にパワーポイントの資料をお送りすることになっていますが、大体、医療安全情報は毎月15日に公表します。資料をお送りするときには公表はされておらず、公開することができない、どうしても思いましたが、たまたま3月になりましたので、皆様にお配りして見ていただ

くことができるようになりました。

今回は、あれから時代が進んでいまして、今はバーコード等によって認証するシステムがかなり普及してまいりました。しかし、照合に用いる認証システムがあつたにもかかわらず、その認証システムを使用しなかったり、または使用したけれども適切でなかったために誤った患者に輸血をしてしまったという事例が13件も発生している、ということを示しています。

【スライド 28】

医療安全情報No.110 (2016年1月) 誤った患者への輸血(第2報)		2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会	
認証システム の使用状況	件数	使用が適切でなかった内容	件数
使用しなかった	5	患者から離れた場所で認証システムを使用し、別の患者のところに製剤を持っていった	3
使用した	8	認証システム使用後に製剤を保冷庫に保管し、投与する際に別の患者の製剤を取り出した	2
		認証システムに血液型が異なるというエラー表示が出たが、機械の故障と判断した	1
		認証システムの画面が進まない理由を、医師の指示に問題があると判断した	1
		投与開始後に認証システムを使用した	1

この下の表を拡大しますと、こんな状況でした。バーコードによる認証システムの使用状況としては、はなから使わなかったという事例が 5 件、使ったけれども適切な使い方ではなかったという事例が 8 件ありました。

どういうことが適切でなかったかと言いますと、一番多かったのは、患者から離れた場所で、前もって認証システムを使用し、ピッピッとチェックをしたけれども、その後、一旦保管する等して、使うときには別の患者の所に製剤を持っていった。このような事例が 3 件と多くなっています。次に多いのが、認証システムを使用した後に保冷庫に保管して、投与するときには別の患者の製剤を取り出したという事例です。

そして、認証システムを使うと、血液型が違ふとエラーということで、よく×印が出たりします。そういう表示が出たけれども、それを機械の故障と判断した。あるいは、血液型が合わない等で認証システムの画面が進まない理由を、医師の指示に問題があると判断したということで、だいたひ医者信用されていないのかもしれませんが、このような事例も報告されています。

それから、使うタイミングとして、輸血の投与開始後に認証システムを使用したもので、間違いに気付かなかったという事例もあります。認証システム自体は普及が進んでいますけれども、正しい使い方がきちんとされているかと言うと、そうでもないということが分かってきました。

【スライド 29】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

医療安全情報No.110 (2016年1月) 誤った患者への輸血(第2報)

事例 2

患者(A型)にFFPが投与されていた。看護師は次に投与するFFPを準備をする際、冷凍庫から患者A(A型)のFFPを取り出すつもりで、引き出しが上下に隣接しており残数も同じO型のFFPを取り出し、確認しないまま解凍器にセットした。その後、バーコードによる輸血認証をしたところ、血液型が異なるというエラーが認証システムの画面上に表示されたが、看護師はエラーは機械の故障によるものと思い込み、そのまま接続した。輸血伝票の処理を行っていた際、輸血バッグに付いているシールの色が違うことに気づき、誤ったFFPを投与したことが分かった。

Copyright © 2015, JQHC

先に事例 2 を見ていただきます。これは FFP を投与していた事例です。1 本目がなくなって、次に投与する FFP の準備をする際に、患者 A の FFP を取り出すつもりで、引き出しが上下に隣接していて、残りの数も同じだった別の血液型、O 型の FFP、他の患者さんの FFP を取り出して、確認しないまま解凍器にセットした。その後、バーコードによる輸血認証をしたところ、血液型が異なるというエラーが認証システムの画面に出たけれども、看護師さんはエラーは機械の故障によるものと思い込んで、そのまま接続しました。後で輸血伝票の処理を行っていた際に、輸血バッグに付いているシールの色

が違うことに気付き、それで初めて分かったという事例です。

せっかくエラーが出て、実際の場面ですと、まさかというか、うまくいくのが当たり前だと思って、どんどん先に進もうとする人間の習性があります。エラーが出て、まあ、そんなことはないだろうということで、機械がおかしいとか、あるいは指示がおかしいのではないかなと思って、手元にある輸血が違うというふうには、なかなか受け入れられない傾向が見られています。

【スライド 30】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.11 群馬県合同輸血療法委員会

医療安全情報 No.110 (2016年1月)
誤った患者への輸血 (第2報)

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・院内の輸血マニュアルを遵守し、輸血用血液製剤を接続する直前に、患者と投与する製剤の照合を行う。

総合評価部会の意見

- ・患者と製剤の照合は、投与直前に患者のそばで行いましょう。
- ・認証システムにエラーやアラートが出た際は、手を止めて原因を確認しましょう。

Copyright © 2015 JQC

医療機関の取り組みは、また当たり前のことですが前回と同じです。直前に患者と血液製剤の照合を行うということに尽きるわけです。更に今回は、事例を実際に分析するに当たって、専門家の委員の先生の意見を入れています。患者と製剤の照合は、投与直前に患者のそばで行いましょうということです。前倒しにしてステーション等で照合を行って、それでいいことにすると、間違えることになるよということを言っています。

それからもう一点は、先程の事例もそうですけれど、エラーやアラートが出たときは、手を止めて原因を確認しましょうということです。すごく基本ですけども、現場で特に急いでいるときは、必ずしもきちんと守れているかと言うと、守れていない状況もあるかもしれませんので、皆様も病院にお戻りになって、この辺りに気を付けて指導をしていただけるといいかなと思います。

【スライド 31】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.11 群馬県合同輸血療法委員会

医療安全情報集

医療安全情報集 No.1～No.50
医療安全情報集 No.51～No.100

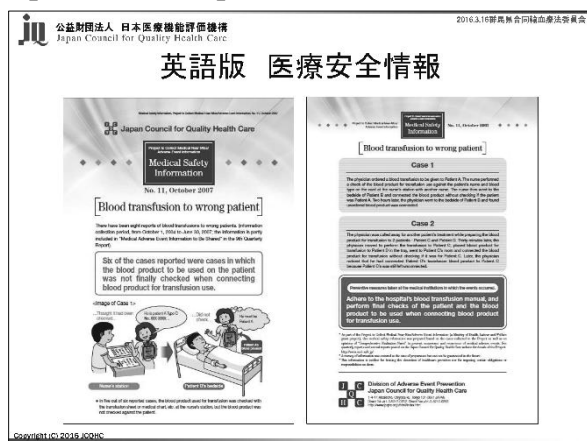
Copyright © 2015 JQC

今、幾つかご覧いただいた医療安全情報は 100 以上出していますが、それらをまとめて情報集という冊子を作りました。冊子は数に限りがありまして、皆様にお配りするまでにはいきませんが、ホームページから見ていただくことができます。

No.1～No.50 の冊子と、No.51～No.100 の冊子と 2 つできたところです。中に、このような目次があります。色別に、例えば薬剤だったらオレンジの見出し、輸血はピンクの見出しで示しています。

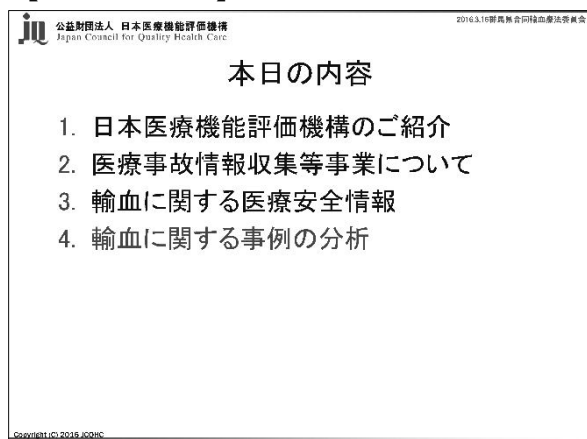
病院の研修会等で、事例等を紹介するときに探すのに役に立つかなと思いますので、ご活用いただければと思います。

【スライド 32】



医療安全情報は英語版も出しています。もし海外の方も交えて研修をされるとか、そのような取り組みがありましたら、英語版も同じイラストで作っておりますので、活用していただければと思います。

【スライド 33】



今までは事例の紹介ということで見ていただきましたけれども、次に事例の分析についても少しご紹介したいと思います。

【スライド 34】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.2.19 群馬県合同輸血療法委員会

**到着時に開始入力された血液製剤を
保冷庫に保存したため、別の患者の
血液製剤を取り出し、輸血した事例**

業務工程図による分析
第34回報告書 (p.191～)

Copyright © 2015 JQCIC

ここで紹介する、まず 1 つ目が、到着時に開始入力がされた血液製剤を保冷庫に保存して、別の患者の血液製剤を取り出して輸血したという事例です。

これを業務工程図という、ちょっと耳慣れない言葉かもしれませんが、こういうものを用いまして分析をしてはどうでしょうという取り組みです。私どもは3カ月に 1 回、報告書をまとめてお出ししていますが、その報告書に詳しいことが載っています。ホームページからもご覧いただくことができます。

【スライド 35】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.2.19 群馬県合同輸血療法委員会

**医療安全情報 No.110 (2016年1月)
誤った患者への輸血(第2報)**

事例 1

医師は、輸血部から患者AのRCC-LR(A型)が届いた際、伝票と製剤の照合に続いて開始入力(患者と製剤の照合)を行った。しかし、FFPを輸血中であったため、看護師XはRCC-LRを保冷庫に保管するよう伝えた。看護師Xはベッド番号を記入したトレイにRCC-LRを入れて保冷庫に保管し、「開始入力済」であると看護師Yに申し送った。看護師Yは、患者AのRCC-LRを準備する際、トレイの番号を見誤り、患者BのRCC-LR(AB型)を取り出し、点滴棒にかけた。その後、看護師Yは看護ケア中にFFPが終了することに気づき、点滴棒にかけていた患者BのRCC-LRを、照合しないまま接続した。患者Bの輸血がないと報告があったため確認したところ、患者Aに患者BのRCC-LRを投与したことがわかった。

複雑な工程
複数の医療者
可視化
業務工程図による分析

Copyright © 2015 JQCIC

ここで出てくる事例は、実は先程見ていただいた「医療安全情報 No.110」の事例 1 になります。

医師は輸血部から患者 A の RCC-LR (A 型) が届いたときに、伝票と製剤の照合をまずしました。これがまず 1 つ目の作業です。それに続いて開始入力という作業、これは患者さんと製剤の照合です。これも一気にやりました。

しかし、いざ患者さんに投与しようと思ったら、FFP を輸血中だったので、こ

の RCC はまだ輸血することができない。そこで看護師 X さんに、この RCC を保冷庫に保管しておいてと伝えました。

この看護師 X さんは、トレイに RCC を入れました。このトレイにはベッド番号が書いてあります。ICU なのでベッドの番号が付いていると思いますが、そのベッド番号を記入したトレイに RCC を入れて保冷庫に保管しました。そして、この輸血については「開始入力済」だよと、すなわち、患者と製剤の照合は済んでいるということを、別の看護師 Y さんに申し送りをしています。

看護師 Y さんは、この RCC を準備するときに、トレイの番号を見誤り、別の患者 B さんの RCC-LR (AB 型) を出してしまいました。点滴棒にかけています。その後、FFP が終了したので、点滴棒にかけていた RCC、これは実は患者 B さんのものですけれども、これを照合しないまま接続しています。この後、患者 B さんに輸血しようとしたら輸血がないということで確認したら、患者 A さんに患者 B さんの輸血をしてしまったことが分かったという事例です。

結構、工程が複雑で、時間経過に従っていろいろな作業をしています。そして、医者と看護師 X さん、Y さんと、いろいろな医療者も出てくる複雑な事例になります。これを見えるようにする、可視化するということで、業務工程図にして、どこで照合ができていなかったのか、どこに確認作業の脆弱性があったのかということを探るのが、業務工程図による分析のポイントです。

【スライド 36】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16 群馬県合同輸血療法委員会

業務工程図とは

- 病院内の各プロセスを明確にし、相互関係を把握して運営・管理するために、手術、検査、処方、食事など様々な業務プロセスを図に表したもの
- 業務の順序を職種別に分けて記載する(スイムレーン)
- ヒト、モノ、情報の流れを可視化する

Copyright(C) 2015 JQCNC

業務工程図というのは、病院内のいろいろなプロセス、例えば手術であったり、検査であったり、処方や食事等の業務を図にして、関わる人たちの関係を把握して運営管理するためのものと言われています。

お作法と言いますか、やり方としまして、職種別、職種の中でも看護師が複数出てくるときには人別に分けて記載します。スイムレーンと書いたのは、水泳の競技でコースロープを張って、1列ずつ人が泳

ぐわけですけども、そういう感じで分けて図にしましょうという意味です。それによって、ヒトやモノや情報の流れを見えるようにしていきます。

【スライド 37】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

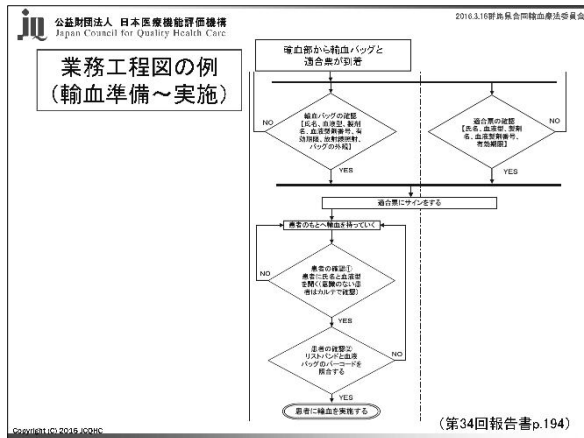
業務工程図の例 (輸血準備～実施)

(第34回報告書p.194)

Copyright(C) 2015 JQCNC

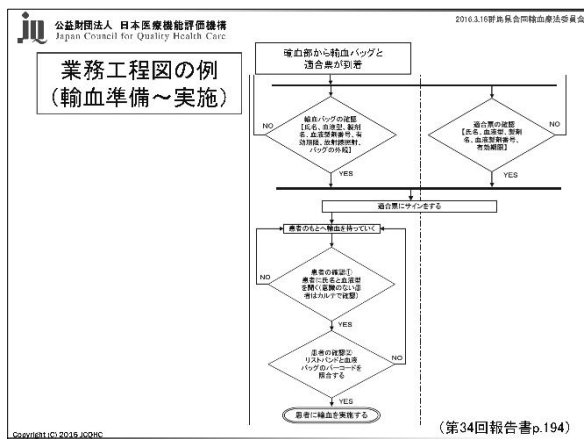
少し細かいですけど実際に輸血の準備から実施までを図にしてみますと、こんな感じになります。これは一例ですので、この工程が絶対正しいとか、そういうわけではないですけども、例えばこのようになりますよということです。

【スライド 38】



少し見にくいので拡大します。ここに、先程言ったスイムレーンといいまして、コースロープが張ってあります。この列の人の作業と、こちらの列の人の作業ということで、ここで何か一緒にやっているということが分かるかと思います。

【スライド 39】

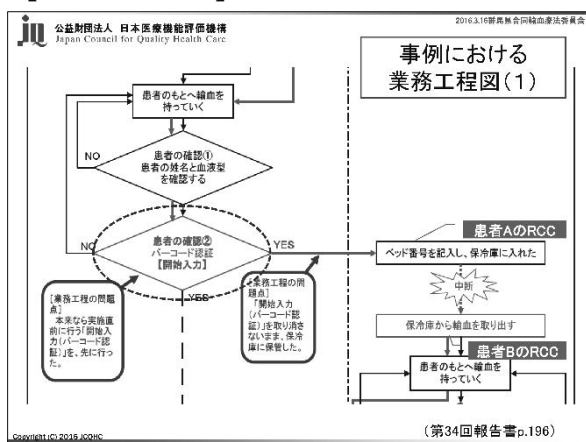


よく見ると、これは菱形ですけれども、こちらに四角いものもあります。菱形は、YES と NO と 2 本矢印が出ていて、確認作業を示しています。ここは実は 2 人の人が輸血バッグと伝票を照合して、正しいかどうかを確認するという工程です。皆様も病院でダブルチェックをなさっているかと思いますけれども、ここで届いた輸血と伝票が合っているかという確認をします。もし合っていなかったら、もう 1 回輸血の確認をするということで元に

戻るわけです。

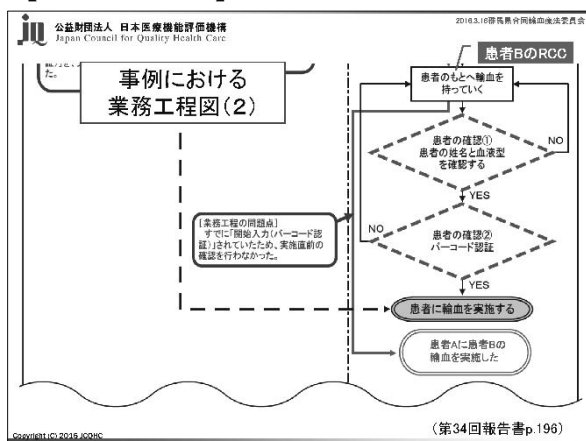
そこで照合はオーケーでした。では、適合表にサインをします。そして、この後、左の人は患者さんの元へ輸血を持っていきます。ここで患者さんの確認をします。名乗っていただく、あるいはネームバンドを見る等の方法があります。PDA (Personal Digital Assistant) で認証できる病院については、そういうもので認証するということで、直前の照合作業をして輸血をする。大まかに言うと、こういう流れで通常はやっているわけです。

【スライド 40】



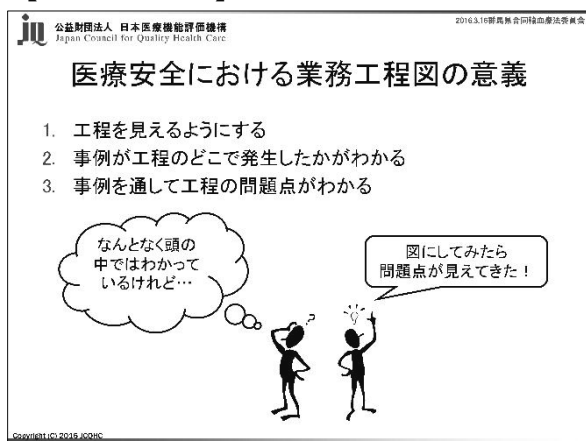
業務の中断が起きてしまったわけです。そして、保冷庫から取り出すときには、違う患者さんの RCC を取り出したということが起こりました。

【スライド 41】



更に、違う患者さんの RCC を取り出して、患者さんの元に持っていったわけですけれども、ここで本来行うべき患者の確認とバーコード認証を、もう以前にやったからということで、ここでやらずにパスしてしまっていて、いきなり輸血を実施するというで、直前の照合が抜けているという場面です。

【スライド 42】



医療における業務を全部、図にするというのは難しいと思いますが、何か院内でインシデント等が発生したときに、その部分だけでもいいので工程を見えるように書いてみると、ここの確認が抜けていたんだねとか、あるいは、ここの確認が一番重要だねとかが見えてきます。最近はダブルチェックを皆様頑張ってやっていらっしゃって、何度も何度もダブルチェックするということが見受けられて

いますが、一体どこの場面での確認が一番大事なんだろうということも、事例を通して、おそらく分かることがあるのではないかと思います。

また、普段やっている業務工程の中で、もし何か事例が発生しますと、この確認が抜けていたというような問題点が分かるということから、このような分析を行ってみるのもいいのではないかなというところですよ。

【スライド 43】


公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

業務工程図研修会のご紹介

- 平成17年度～ 計7回開催
- 業務工程図の作成
「注射薬の処方から投与まで」
- 模擬事例を使用して、事故原因となりうる問題点を分析・検討
- 本事業参加登録医療機関から多職種2～3名で参加



この業務工程図については、私どもの評価機構で研修会を年に 1 回やっています。そこで取り上げる事例は、全国からご報告いただいた事例を少しアレンジして使っています。

今のところテーマとしては、「注射薬の処方から投薬まで」を図に表すということをやっています。医師が診察して、この注射薬を投与しようと計画をします。オーダーを入れて、その情報が薬剤部にも伝わりますし、看護師にも指示として

伝わります。薬剤部から払い出しが来て、それを看護師が病棟で患者さんに投与するというところまでです。

先程のような四角や菱形を使って、どこで確認をするかというところを表していく、というような研修会を 1 日かけてやっています。その中で、本事業に報告された事例から模擬事例を作りまして、参加された病院の方に検討していただくこともやっています。

皆様もいろいろな研修に参加されると思いますが、1 人で研修会に参加しても、それを病院に持ち帰って、1 人で広めていくのはなかなか大変だと思います。この研修会の場合は、多職種の 2～3 名で参加してくださいということで、例えば医師と薬剤師と看護師とか、多職種のチームでご参加いただいています。また、他の病院ともディスカッションができるということで、大変ご好評をいただいています。この医療事故情報収集等事業に参加されている医療機関でしたら、応募していただいて、当選した病院はご参加いただけますので、ご興味がありましたら、ぜひご参加をお願い致します。

【スライド 44】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.19 群馬県合同輸血療法委員会

医療安全情報 No.110 (2016年1月)
誤った患者への輸血(第2報)

事例 1

医師は、輸血部から患者AのRCC-LR(A型)が届いた際、伝票と製剤の照合に続いて開始入力(患者と製剤の照合)を行った。しかし、FFPを輸血中であったため、看護師XにRCC-LRを保冷庫に保管するよう伝えた。看護師Xはベッド番号を記入したトレイにRCC-LRを入れて保冷庫に保管し、「開始入力済」であると看護師Yに申し送った。看護師Yは、患者AのRCC-LRを準備する際、トレイの番号を見誤り、患者BのRCC-LR(AB型)を取り出し、点滴棒にかけた。その後、看護師Yは看護ケア中にFFPが終了することに気づき、点滴棒にかけていた患者BのRCC-LRを、照合しないまま接続した。患者Bの輸血がないと報告があったため確認したところ、患者Aに患者BのRCC-LRを投与したことがわかった。

事例の詳細な内容がわかると
原因の分析ができる

↑

追加情報の収集
(文書・訪問調査)

Copyright © 2015 JQHC

先程見ていただいたこの事例ですけれども、結構、情報量が多いなと感じられたかと思います。医療機関から事故の報告はたくさんいただきますけれども、最初からここまで詳しく書いてある報告というのは、そんなに多くはないです。2～3行で終わっている報告もいただいています。

その中で、この事例は重要な事例で、こういう医療安全情報等でも共有していきたいと思われた事例については、詳細な

内容をもっといただきたいと考えるわけです。そこで追加情報の収集を行うことがあります。これは文書をお送りして、例えばシリンジポンプの事例だったら、その機種を教えてくださいというようなご質問をすることもありますし、薬剤の事例で、詳しい濃度ですとか投与速度を教えてくださいとお伺いすることもあります。

事例 1 のような、ちょっと込み入った事例については、実際に病院を訪問させていただきます。もちろん、ご協力していただけるという同意を得られた病院だけしか行きませんが、最近はお願いとほぼ全ての病院が、どうぞということで対応してくださっています。このように実際に訪問に伺って、状況確認をさせていただくことがあります。

【スライド 45】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.19 群馬県合同輸血療法委員会

訪問調査について

- 報告事例の分析にあたり、さらに詳細な情報をいただく必要があるとき
- 訪問メンバー: 本事業の分析班委員
 - 医師、看護師、薬剤師など医療安全の専門家または医療者以外の安全の専門家など
 - 4～5名(事務局職員含む)
- 訪問時間: 2時間
- 内容: 事例の経過の把握、ディスカッション
- 結果: 年報に掲載

Copyright © 2015 JQHC

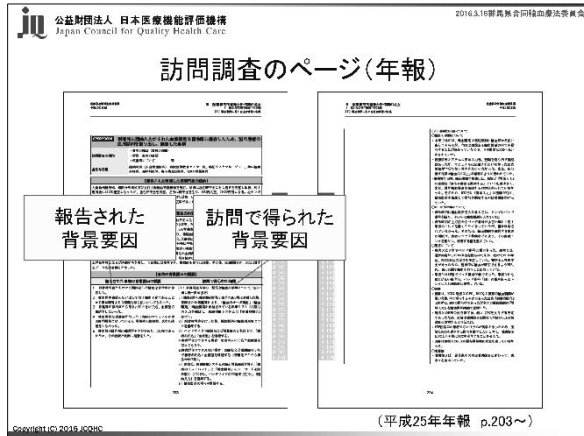
訪問調査について、少し紹介します。この事業には専門分析班というのがありまして、いろいろな事例を扱う分析班と、他には薬剤専門の分析班、あるいは医療機器の分析班などがあります。そういう分析班の委員をしている先生方と、あとは私たち事務局の職員と、総勢 4 人位でいきます。

大体 2 時間程度で、事例の経過の把握と、その後の改善策を確認します。報告をいただいてから、1 カ月とか 2 カ月ぐら

いしてからお伺いするということが多いものですから、この報告をインターネットで出すときには、まだ改善策が十分できていなかったけれど、その後こんなことをやっていますというようなことも併せて情報がいただけています。

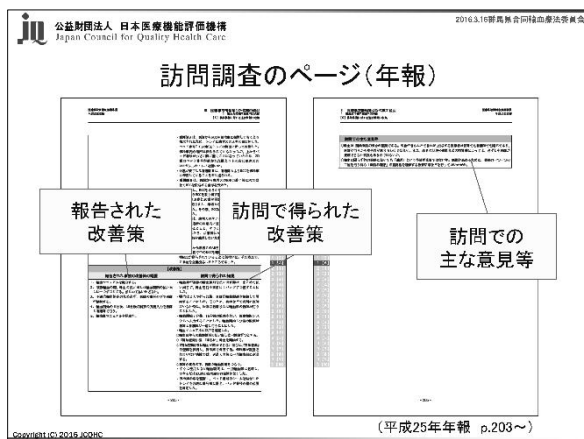
あとは、実際、現場としてどうですかといったことも、ぜひ伺いたいと思っていますので、率直なディスカッションもさせていただきまして、その結果を年報にまとめて掲載をしております。

【スライド 46】



これが年報に載っている訪問調査のページです。ちょっと細かくて申し訳ありませんが、事例のタイトルと、報告された内容があって、背景要因について、左側が最初に報告されたもので、大体 10 行程度載っています。右側に、訪問で得られた背景要因が、ここから始まって、次のページが終わるまで載っています。やはりお伺いして実際にお話を聞くと、いろいろなことが分かります。これは実は、輸血を保冷庫に入れて取り出したという今ご紹介した事例の情報ですが、平成 25 年の年報に載っています。

【スライド 47】



同じく改善策についても、報告されたものはこの程度でしたが、その後、こんな改善策を実際やっていますという情報とか、訪問での意見交換について、まとめて記載しています。

訪問調査と言うと何か、監査とか、そのような印象を持たれる方がいらっしゃるかもしれませんが、決してそういうものではなく、情報を更に教えていただいて、実際の現場のお話を聞きたいということで伺っているところです。

【スライド 48】


 公益財団法人 日本医療機能評価機構
 Japan Council for Quality Health Care

2016.2.16群馬県合同輸血療法委員会

注射器に分割した輸血に 関連した医療事故

小児患者の輸血に関する事例
第21回報告書 p.109～

Copyright © 2015 JQC

さて、また別の事例をご覧くださいます。これも報告書の分析テーマとして取り上げた事例で、「注射器に分割した輸血に関連した医療事故」です。注射器に分割した輸血をするというのは、大体小児患者さんで行うやり方ですけれども、この報告も続いて出ていましたので、分析テーマとして取り上げました。

【スライド 49】


 公益財団法人 日本医療機能評価機構
 Japan Council for Quality Health Care

2016.2.16群馬県合同輸血療法委員会

事例の内容(1)

1. 小児の患者A(O型)・患者B(A型)にMAPオーダーがあり、各MAPについて医師と看護師がダブルチェックした後、それぞれ50mLの注射器に分けて準備した。
2. 患者A、Bとも1本目は医師と看護師がベッドサイドでダブルチェックし、シリンジポンプを使用して、ほぼ同時に開始した。
3. 患者A(O型)の血液1本目が終了し、リーダー看護師はシリンジポンプのアラームに気付いた。
4. リーダー看護師は、注射器に準備してあった患者Bの血液(A型)を患者Aの血液と思い込み、患者Aの受け持ち看護師に渡した。
5. 受け持ち看護師は受け取った注射器を確認せずシリンジポンプに装着し、2本目の輸血を開始した。

(第21回報告書p.110)

Copyright © 2015 JQC

1 つ事例をご覧くださいます。小児の患者さんの A さんと B さんがいまして、それぞれ血液型が異なっています。それぞれに MAP のオーダーがありまして、それぞれ医師と看護師がダブルチェックをして、50mL の注射器に分けて準備を行いました。実際に私も、こども病院に勤務していたことがありまして、こういうやり方というのはよくやる方法です。

この時、患者 A さん、B さんとも、1 本目は医師と看護師がベッドサイドでダブル

ルチェックをして、シリンジポンプで開始したということで、きちんと手順を踏んで行っています。

1 本目の患者 A さんの血液のシリンジが終了しました。リーダー看護師さんはアラームに気付いています。リーダーさんは、注射器に準備してあった別の患者さん、Bさん用の血液をAさん用の血液と思い込んで、受け持ちの看護師に渡しています。受け持ちさんも、受け取った注射器を確認せずシリンジポンプに装着して 2 本目の輸血を開始しました。

【スライド 50】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

事例の内容(2)

- 患者Bの受け持ち看護師は、患者Bの輸血が終了した際、投与量120mLであるはずが、ポンプの積算量が70mLしかないことに疑問を持った。
- ごみ箱に捨てられた使用後の注射器を確認し、患者B(A型)の血液が患者A(O型)に投与された可能性が高いことに気づいた。
- その対応中に患者Aに血尿が見られ、異型輸血に気付いた。

(第21回報告書p.110)

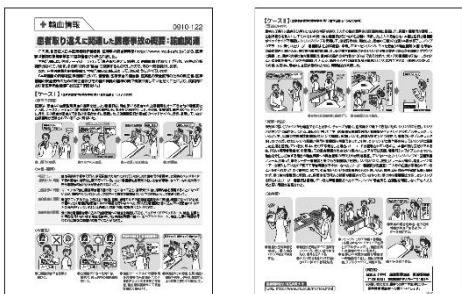
患者 A さんに血尿が見られたということで、これは大変だということに気付いた、ということを実際の事例としてご報告いただきました。

【スライド 51】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

日本赤十字社による本事業報告事例の周知



(日本赤十字社ホームページ「輸血過誤防止」より <http://www.jrc.or.jp/mr/transfusion/prevention/>)

その後どうなったかということですが、ここでも B さんの、別のほうの患者さんの受け持ちの看護師さんが、B さんの輸血が終了したときに、投与量を本当は 120mL 投与しているはずですが、積算量が 70mL しかない、50mL 足りないではないかということで疑問を持ちました。ごみ箱に捨てられた使用済みの注射器を確認したところ、患者 B の輸血が患者 A に投与された可能性が高いということに気づき、しかもその対応中に

この事例については、日赤さんもこのようなイラストを作ってくださいまして、ホームページの輸血過誤防止というところで、周知をしてくださっています。

【スライド 52】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

事例の背景・要因

- 分割した1本目の輸血実施時は医師と看護師がベッドサイドでダブルチェックしたが、2本目以降の交換時は看護師が一人で確認し実施していた。
- 分割した注射器に割付表を貼って、準備した血液を区別しているが、数本に分けて準備をした場合、バーコードが記載されているのは1本目の割付表だけであるため、PD Aを使用しての患者確認ができない。
- 輸血を注射器に分割し投与する場合の輸血伝票への実施記載の取り決めを周知徹底していなかった。

(第21回報告書p.110)

この事例の背景・要因としてご報告いただいた内容ですが、1 本目はきちんとチェックしているけれども、2 本目以降は看護師が 1 人で確認して実施していた。この事例の場合は、2 本目の確認も不十分であったわけですが、そういうやり方でありました。

また、分割した注射器に割付表を貼って区別していますが、バーコードが記載されているのは 1 本目の割付表だけなの

【スライド 53】

公益社団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Healthcare

2016.3.10第98期全国血液医療委員会

報告された改善策

- 1) 注射器へのラベル表示について
 - ① 輸血部でバーコード出力できる製造番号シールを複数枚添付する。
 - ② 注射器には輸血バッグに貼付されている製造番号を貼る。
- 2) 教育に関すること
 - ① 輸血を準備する者には手書きで転記しないことを徹底する。
 - ② 輸血を実施する者には手書きの製造番号しか付されていない注射器は受け付けないこと、製造番号の貼られた注射器のみ投与することを徹底する。

それだけではなく、各スタッフの教育も大事だということで、シリンジに手書きでナンバー等を転記しないということを教育して徹底すること、ラベルで製造番号が貼られた注射器のみ使うということを、職員の方に徹底するということが挙げられていました。

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16第9回集金同輪会発表資料

日本赤十字社による本事業報告事例の周知

● 患者さんへの説明、御報告を医師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

● 患者さんへの説明、御報告を看護師の役割として行います。

26

【スライド 55】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16 群馬県合同輸血療法委員会

注射器に分割した輸血に関連した医療事故

- すべて小児患者への輸血
- 平成16年10月～平成22年3月に3件報告あり

事 例	輸血の準備段階	間違いの場面	間違いの内容
事例 1	注射器へ分割	注射器のラベル作成時（転記）	8桁の製造番号の下2桁
事例 2	注射器へ分割	2 本目の注射器への交換時	注射器に分割準備した他の患者（異型）の血液
事例 3	注射器へ分割	輸血の実施時	注射器に分割準備された異姓同名の他の患者（異型）の血液

（第21回報告書p.111）

- その後も4件報告あり
- 他に自家末梢血幹細胞移植の事例報告あり

Copyright © 2015 JQHC

注射器に分割した輸血に関連した医療事故の報告は、ぽつぽつとはありますけれども続いています。いずれも小児患者さんへの輸血の事例です。例えば、注射器のラベルを手書きで転記すると、番号を書き間違えることがあるということと、1本目はきちんとやったけれども、2本目に交換するときに間違える、今見ていただいた事例になりますけれども、こういうことも起こり得ます。また、名字が違って下の名前が一緒の患者さんの輸血を、

名前で確認して、製造番号等も確認しないと間違いが発生しているのかなということです。

これは平成 22 年の報告書に出したものですけれども、その後も、更に 4 件報告が続いていますし、自家末梢血幹細胞移植についても、注射器を準備して同様の事例の報告があったところです。通常の輸血バッグですと、かなり間違いを防ぐことがやりやすいかもしれませんが、注射器に移すと間違いが発生しやすいのかなというところです。

【スライド 56】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16 群馬県合同輸血療法委員会

背景・要因のまとめ

- 1) 手書きでラベルを作成することや、製造番号を転記することなど、医療者の間違いを誘発しやすい行為を必要とした業務手順である。
- 2) 複数の注射器に準備した場合、すべての注射器に同じ情報を付与できるラベルではなかった。
- 3) 複数の注射器に準備した場合、実施の際にどの注射器に対しても、同じ確認を行うシステムにしていなかった。

Copyright © 2015 JQHC

手書きラベルというのは、やはり危ないということが事例を見ても明らかですので、そういう危うい業務手順を改善されるといいのではないかとということが、複数の事例を見て分かってまいります。

【スライド 57】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16 群馬県合同輸血療法委員会

新生児・小児に対する輸血療法の実際

- 分割方法
 - 小分けのバッグを作成する方法
 - 注射器に分割する方法
- 輸血を分割する作業
 - 輸血部門で実施
 - 払い出し以後の業務として部署で実施
- ラベルの運用

Copyright © 2015 JQHC

実際、分割方法についても、小分けのバッグを輸血部で作成しているという医療機関もあるようですし、各部署で注射器に分割しているという医療機関もあると聞いております。

また、医療機関によって分製作業と場所がまちまちということもありますし、ラベルの運用についても様々だという状況ですので、皆様の医療機関によって事情は異なると思いますけれども、ご自分の医療機関に応じた、いいやり方を作っ

ていかれるのがいいのかなと。なかなかこうしなさいというようなことは、言いにくいという状況です。

【スライド 58】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16 群馬県合同輸血療法委員会

報告書のご紹介



- 四半期毎に公表 計43回
- 構成
 - ・ 事業概要
 - ・ 集計分析
 - ・ テーマ分析
 - ・ 再発・類似事例の発生状況

本書の内部（報告書、事例）は、以下のホームページから閲覧・検索いただけます。

（公財）日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業トップページ：http://www.mod.safp.jp/
 ① 報告書：http://www.mod.safp.jp/contents/report/index.html
 ② 医療安全情報：http://www.mod.safp.jp/contents/info/index.html
 ③ 公開データ検索：http://www.mod.safp.jp/mpsearch/SearchReport.action

Copyright © 2015 JQHC

今見ていただいたような分析例を、報告書にご紹介をしております、大体1回の報告書で3つ程のテーマを取り上げて分析を行っています。これは3カ月ごとに公表してまして、今までに43冊の報告書ができています。次は3月末頃に第44回報告書を出す予定で、今準備を進めているところです。

【スライド 59】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16 群馬県合同輸血療法委員会

報告書の分析テーマ（2014年）

- ① 1年間にわたり事例を収集して分析を行ったテーマ（前向き分析）
 - 職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故
- ② 報告書の対象期間に発生した事例をもとに分析を行ったテーマ（後向き分析）
 - 【1】気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例
 - 【2】事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例
 - 【3】後発医薬品に関する誤認から適切な薬物療法がなされなかった事例
 - 【4】無線式心電図モニタの送受信機に関連した事例
 - 【5】調乳および授乳の管理に関連した事例
 - 【6】皮膚反応によるアレルギーテスト実施時の試薬に関する事例
 - 【7】内視鏡の洗浄・消毒に関連した事例
 - 【8】カリウム製剤の急速静注に関連した事例
 - 【9】放射線治療の照射部位の間違いに関連した事例
 - 【10】口頭による情報の解釈の誤りに関連した事例

Copyright © 2015 JQHC

報告書の分析テーマは、必ずしも輸血だけではないわけでありまして、様々なテーマを扱っています。ご参考までに紹介しますと、パターンとしまして1年間にわたって事例を集めながら分析を行うという年間テーマが毎年1つ程度あります。2014年は職種経験1年未満、すなわち新人の看護師さん、准看護師さんに関連した事故を取り上げました。ちなみに2015年、昨年は1年間かけてインスリンに関する医療事故を取り上げております。

この他に毎回、3 カ月ごとにテーマを決めて取り上げていまして、1 年間合わせますと 10 個のテーマがありました。気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例、事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例もあります。薬剤については、後発医薬品が増えてはいますが、これに関する誤認から適切な薬物療法がなされなかった事例、例えばこれはある薬の後発医薬品だろうと思い込んで実はそうではなかったとか、そのようなトピックスも取り上げるようにしています。いろいろな事例がありますが、皆様も輸血にかかわらず、病院全体の医療安全に関わっている方もいらっしゃると思いますので、参考にいただければと思います。

【スライド 60】

輸血に関する分析テーマの例		
テーマ	報告書	公表年
輸血療法に関連した医療事故	第13～16回	2008年
貯血式自己血輸血に関連した医療事故	第18回	2009年
注射器に分割した輸血に関連した医療事故	第21回	2010年
造血幹細胞移植に関するABO式血液型の誤認	第36回	2013年

この中の輸血に関するテーマをピックアップしますと、このようなものを今までやっております。2008 年には、年間連載テーマとして「輸血療法に関連した医療事故」をやっています。また、「貯血式自己血輸血に関連した医療事故」というテーマもやっています。これは貯血する際の事例であったと思います。

そして、今見ていただいた「注射器に分割した輸血に関連した医療事故」、あと「造血幹細胞移植に関する ABO 式血液

型の誤認」、今日は詳しくは取り上げませんが、専門に関わる方にご覧いただければと思っています。

【スライド 61】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16 群馬県合同輸血療法委員会

年報のご紹介



2015年8月27日

➢ 平成17年～計10回作成

➢ 構成

【1年間の報告書のまとめ】

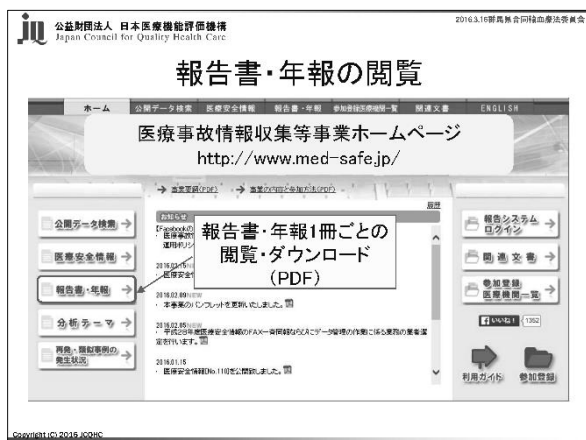
- ・ 事業概要
- ・ 集計分析
- ・ テーマ分析
- ・ 再発・類似事例の発生状況

【年報のみ掲載】

- ・ 発生月に基づく集計
- ・ 訪問調査
- ・ 研修会報告 など

更に、報告書の内容を取りまとめた年報についてもホームページに掲載しております。年報だけに掲載しているものとして、先程見ていただいた訪問調査のことや研修会のこと等も載せています。年報は 500 ページと分厚いですが、必要な情報だけでも、ちょっとのぞき見ていただければありがたいと思います。

【スライド 62】



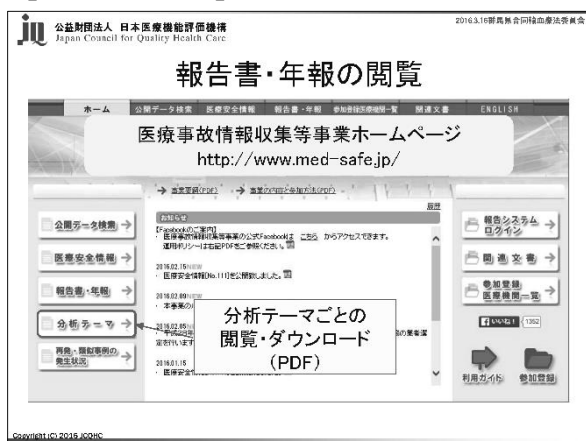
今ご紹介した報告書や年報は、ホームページのこちらのボタンから開いていただくことができます。

【スライド 63】



ボタンを押しますと、目次が出てきて、第何回報告書ということで、このPDFをダウンロードしていただくことができます。

【スライド 64】



各テーマごとに、分析テーマとして輸血に関するこれこれの事例ということでピックアップしてダウンロードしていただくこともできます。

【スライド 65】



今の所を押しますと、これは最新の報告書のテーマごと、インスリンに関連した医療事故で、それだけ取ることができますし、座位による中心静脈カテーテルの処置に関連した事例は、患者さんが座った状態で CV カテを抜いたことで空気塞栓を起こしたという事例が幾つも報告がありましたので、それをまとめたというテーマです。

それから胃管の誤挿入に関連した事例もあります。それぞれのテーマだけをダウンロードしていただくこともできます。

【スライド 66】



【スライド 67】



更に、例えば以前に医療安全情報で提供したけれども、その再発・類似事例がまた報告されているということで、それをピックアップして、分析を行っているところもあります。そちらでも輸血をテーマにしているところがあります。

 公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

Copyright:

 公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

Copyright (C) 2016 JCOHC

最初に見ていただいた「医療安全情報 No.11」で「誤った患者への輸血」を取り上げましたが、その後も報告が続いているということで、何年かに一遍は輸血のことも取り上げて、2013 年には先程見ていただいた業務工程図による分析を載せております。

 公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

Copyright (C) 2015 JCOHC

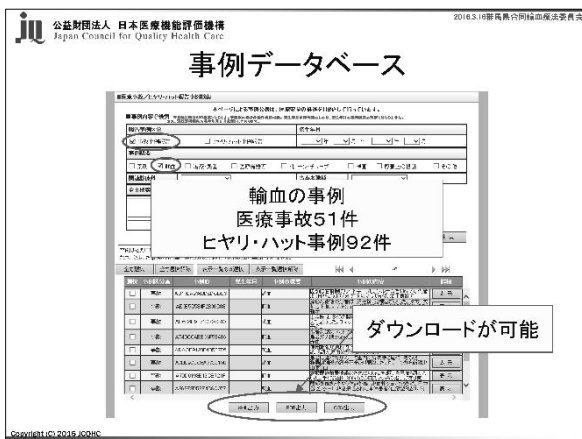
次に、事例データベースのご紹介です。

【スライド 71】



これもホームページからご覧いただくことができます。

【スライド 72】



こんな画面が開きます。医療事故やヒヤリ・ハット、両方でもいいのですが、選んでいただいて、輸血という所をチェックしますと輸血の事例、医療事故だったら今のところ 51 件、ヒヤリ・ハット事例 92 件が公開されています。いろいろな形でダウンロードしていただくことができます。

【スライド 73】



CSV でダウンロードしますと、こういうエクセルの一覧表にできますので、何か研究に使っていただいたり、研修会の資料等にも使いやすい形になるかと思えます。

 公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

例えばFFPに関する事故事例の検索で、キーワードで「事故事例・輸血・FFP」と入れますと、10件出てきました。

 公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

1 個 1 個、こういう詳しい形でレポートを見ることができます。発生場所、関連診療科、当事者職種・経験年数等の情報が出てきます。

 公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

せっかくですので少し見ていただきますと、別の患者の FFP を投与した事例というのがヒットしました。患者さんはお産の後、出血があって、子宮破裂の疑いで救急センターに入った人です。この時、血液型がまだ特定できないので、取りあえず大急ぎで AB 型の FFP を準備したということでした。産科のドクターが、4 単位解凍するように指示をしています。ここで同じ時間帯に、別の患者さんの FFP が解凍装置に入りました。

【スライド 77】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.10群馬県合同輸血療法委員会

別の患者のFFPを投与した事例

- 15分後くらいに産科医師Vは解凍装置内よりFFP(実際にはB型のFFP)を取り出し患者Aに投与しようとしたが、赤血球濃厚液(以下RCC)の残量があったため点滴棒に下げた。
- ほぼ同時に患者Aの容体が悪化し血圧が触れず救命救急チームによる蘇生行為が行われていたさなか、産科医師Zが点滴棒に下がっていたFFP(B型)を急速投与した。
- 別のラインより患者AにFFP(本来準備されたAB型)も投与された。
- 一方ICU内患者Bの看護師XがFFPを投与するため解凍装置内を確認したところFFPが無いことに気づきICU内を探した結果、空のFFPのバックを患者Aのところで発見した。
- 患者Aに本来投与すべきでないB型のFFPが投与されたことが発覚した。

(公開データ検索より)

Copyright © 2015 JCQHC

ここまでで、大体の話は読めるかと思いますが、その後、解凍装置から取り出して投与するときに、違う患者さんのものを取り出しています。それを急速投与してしまったということになります。FFPの落とし穴と言うと、やはり解凍装置で他の人のものと取り違えるという事例が幾つか来ています。

【スライド 78】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.10群馬県合同輸血療法委員会

別の患者のFFPを投与した事例

【背景要因の概要】

- 日頃業務を行ったことが無い救命救急センター集中治療室での治療行為であり、産科医師らとの役割分担が不十分であった。救命救急センターの医師と、看護師のみの診療の場合、輸血に関しては看護師がすべて管理することとなっているが産科医師はこのことは知らない。
- 日頃から輸血を接続する際の必須事項であるバーコード認証を実施した経験が無い医師が輸血業務にかかわった。
- さらに患者の心停止など危機的状況のなか産科医師たちに心理的な動揺や焦りが生じた。
- 点滴スタンドに準備されていたFFPを患者Xのものであると盲目的に信じて接続した。
- FFP解凍装置に複数の患者のものがあり取り出す際の確認が徹底されていない。

(公開データ検索より)

Copyright © 2015 JCQHC

背景要因としまして、この病院はたくさん分析をして送ってくださっていますけれども、特に日頃からバーコード認証を実施した経験がない医師が輸血業務に関わったということも挙げられています。

なおかつ、患者さんが心停止を起こしそうな危機的な状況なので、焦りも生じていたということで、普段だったらきちんとやっているであろうバーコード認証が、ここでは機能していなかったという事例であります。

更に、FFPの解凍装置に複数の患者のものが入るといことがありますので、その時の確認が徹底されていないという状況があったという報告がありました。

【スライド 79】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.10群馬県合同輸血療法委員会

別の患者のFFPを投与した事例

【医療機関の改善策】

- 当該診療科全体で、輸血時の対応を再度確認し、バーコード認証を行うことを徹底した。
- 救命救急センター初療室に、初療室専用の解凍装置を1台追加した。
- 患者認証がオンタイムで行われるよう、端末(ノートパソコン)を増設した。

(公開データ検索より)

Copyright © 2015 JCQHC

この病院では、もちろん教育として、診療科全体でバーコード認証を行うことを徹底したということが挙げられていますけれども、精神論だけではなく、解凍装置を1台追加するとか、認証が行えるように端末も増設したということで、ものによる改善も行われているという報告がありました。

【スライド 80】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.19群馬県合同輸血療法委員会

例2) 麻酔科に関連する輸血の事故事例を検索

本ページは、データベースによる事例検索機能（医療事故事例データベース）を利用し、事例を検索することができます。

検索条件を設定し、検索ボタンをクリックすると、検索結果が表示されます。

検索条件

検索対象機関： 検索範囲： 検索期間： 検索条件：

検索結果

51事例
事故事例×輸血
事故事例×輸血×麻酔科 4事例

事例番号	事例概要	発生年月	発生場所	発生機関	発生職種	発生年齢	発生性別	発生部位	発生原因	発生結果	発生対策
1	手術中に別の患者の輸血をオーダーした事例	2015	手術室	麻酔科	麻酔科	50代	男性	脳	手術中に別の患者の輸血をオーダーしたため	死亡	手術中に別の患者の輸血をオーダーしたため
2	手術中に別の患者の輸血をオーダーした事例	2015	手術室	麻酔科	麻酔科	50代	男性	脳	手術中に別の患者の輸血をオーダーしたため	死亡	手術中に別の患者の輸血をオーダーしたため
3	手術中に別の患者の輸血をオーダーした事例	2015	手術室	麻酔科	麻酔科	50代	男性	脳	手術中に別の患者の輸血をオーダーしたため	死亡	手術中に別の患者の輸血をオーダーしたため
4	手術中に別の患者の輸血をオーダーした事例	2015	手術室	麻酔科	麻酔科	50代	男性	脳	手術中に別の患者の輸血をオーダーしたため	死亡	手術中に別の患者の輸血をオーダーしたため

Copyright © 2016 JQCIC

また、別の事例ですけれども、私は麻酔科なので、麻酔科に関連する輸血の事例はあるかということで検索をしてみました。今度は事故事例で輸血をチェックして、関連診療科が選べますので、そこで麻酔科という選択をします。そうやって出しますと、事故事例は 51 件ありますが、麻酔科となると 4 事例しかありませんでした。

【スライド 81】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.19群馬県合同輸血療法委員会

手術中に別の患者の輸血をオーダーした事例

【事例の概要】

1. 術中輸血が必要となり、麻酔科上級医が研修医に輸血をオーダーするよう指示した。
2. 研修医は術前回診票を見て輸血をオーダーし、手術室に輸血を上げるよう輸血部に電話した。
3. 輸血が届き、上級医は輸血伝票と輸血を確認し、ダブルチェック後すぐに開始できるようにルートをつけて点滴台に下げた。
4. その際、麻酔器の麻酔チャートの患者氏名と輸血バッグの患者氏名が異なっている事に気づいた。
5. 確認したところ、研修医は次に受け持つ患者の術前回診票を見てオーダーしていたことがわかった。
6. 正しい患者でオーダー直して輸血を実施した。

(公開データ検索より)

Copyright © 2016 JQCIC

その中に興味深い事例がありまして、「手術中に別の患者の輸血をオーダーした事例」です。これは実際に起こり得るかなということで紹介を致します。

術中に輸血が必要となって、上級医が研修医に輸血をオーダーするように指示をしました。研修医は術前回診票という紙媒体のものを、大体、麻酔科医というのは、それを持って術前診察をして、いろいろな情報を書き込んで、術中もそれを麻酔器等に置いて使っていることが多いの

ですけれども、それを見て輸血をオーダーして、手術室に輸血を上げるように電話をしています。

輸血が届きまして、上級医が輸血伝票と輸血を確認して、研修医と一緒にすかね、ダブルチェックした後すぐに開始できるように、輸血ラインを付けて点滴台に下げました。その時、ふと麻酔器の麻酔チャート、これは今は電子化されている病院が多いので、麻酔チャートも麻酔器に付いている画面で見ているわけですが、そこに出ている患者氏名と輸血バッグの患者氏名が異なっていることに気付いた。

確認したところ、研修医は次に受け持つ患者の術前回診票を見てオーダーしていたということが分かりました。正しい患者でオーダーし直して輸血を実施したということで、これはヒヤリ・ハット事例に該当するわけです。しかし、重要な事例で、他の病院でも教訓にしていきたいということで、事故事例というカテゴリでご報告をされています。

【スライド 82】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

手術中に別の患者の輸血をオーダーした事例

【背景要因の概要】

- 輸血確認のルールが徹底されていない
- 輸血と患者を確認していない
- 術中患者を特定するものが定まっていない
- オーダーした研修医は夜間からの手術の引き継ぎで疲労していた
- 研修医はその日の受け持ち患者分の術前回診票を数枚持っている

(公開データ検索より)

Copyright © 2016 JCQHC

背景要因は皆様お分かりかと思いますが、確認のルールが徹底されていなかったとか、研修医が疲れていたとか、いろいろなことがあります。私も確かにそうだと思うのは、研修医はその日 2～3 件手術を受け持つと、その回診票を数枚持っているということは非常によくあることで、そういう情報で輸血をオーダーするというのは危険だなということが事例を見ると分かります。

【スライド 83】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

手術中に別の患者の輸血をオーダーした事例

【医療機関の改善策】

- 輸血確認ルールの見直し、再徹底
- 患者を特定するものを麻酔器の麻酔チャートに統一する
- 術前回診票は当該患者のものは麻酔器に貼っておく
- 輸血部は手術部屋番号を貼付せず、直接部屋に電話を入れる
- 外回り看護師が輸血バッグを取り出しに行く
- 輸血バッグを部屋に運んだら、その場でまず麻酔科医と確認する
- 麻酔科医の数にあった手術件数にする
- 過重労働にならないよう休みを組み込む
- バーコードシステム導入の検討

(公開データ検索より)

Copyright © 2016 JCQHC

改善策も、いろいろと挙げられています。回診票をその当該患者のものを麻酔器に貼るとか、決まりを作りました。輸血のオーダーを、その回診票でするのか、何でするのかという辺りも検討いただくといかなと思います。この事例は上級医が目で見えて確認して分かったわけですが、でも、バーコードシステムがあれば、直前に気付くことがより確実にできるということで、こういうことも将来的には入れたいという改善策が挙げられていました。

【スライド 84】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

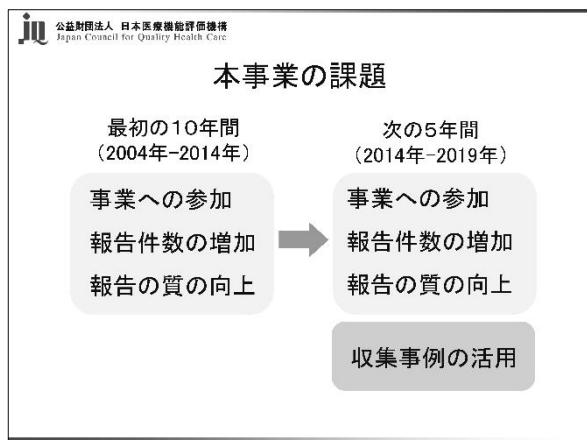
本日の内容

1. 日本医療機能評価機構のご紹介
2. 医療事故情報収集等事業について
3. 輸血に関する医療安全情報
4. 輸血に関する事例の分析
5. 事例データベースのご紹介
6. 本事業が提供する情報の活用について

Copyright © 2016 JCQHC

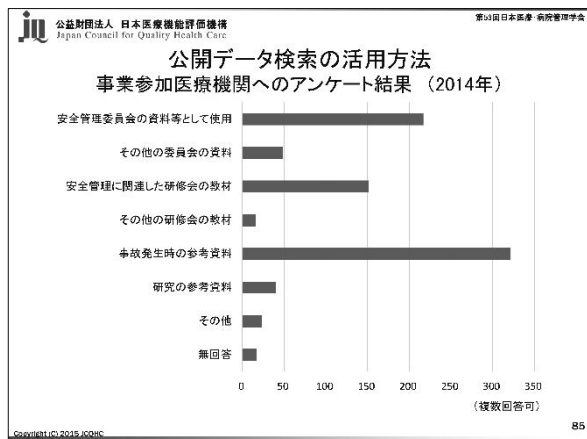
最後に、私どもの事業が提供する情報活用について、簡単にですが紹介をさせていただこうと思います。

【スライド 85】



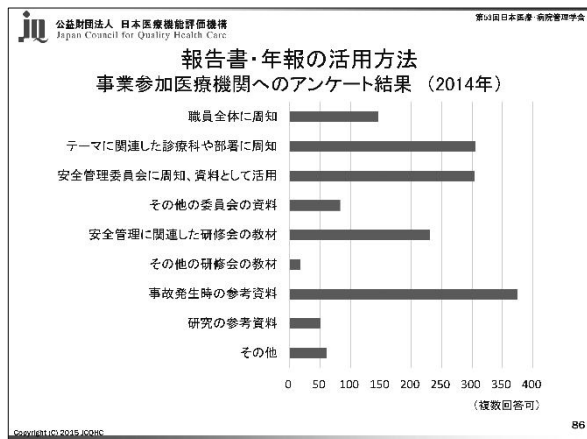
この事業は 2004 年から始まっていま
して、今 10 年ちょっとたったところです。
もともとの目標としまして、たくさんの
病院に参加していただくこと、たくさん
報告をいただくこと、報告の質も上げて
いくことを目指していました。更に、開始
後 10 年を越しまして、収集した事例をぜ
ひ活用していただきたいということで、
少しお話を致します。

【スライド 86】



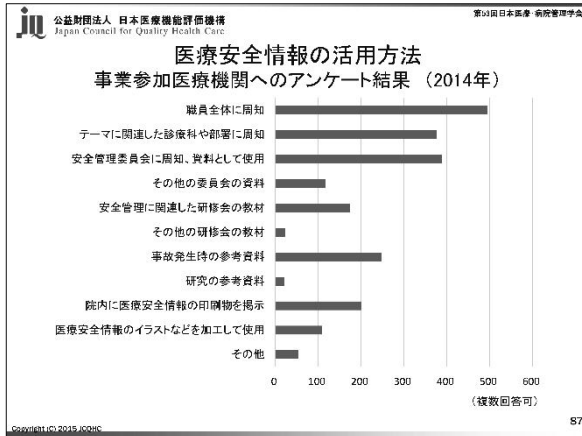
2 年前になりますがアンケートをし
まして、どのように活用されているかを伺
いました。そうしますと、今、私が麻酔科
で輸血で検索したような、公開データ検
索ですけども、これを各病院では事故
が発生したときの参考資料として使った
り、安全管理委員会の資料等として使用
することが多いという傾向が分かってい
ます。ぜひ皆様の病院でも、データ検索
を活用していただければと思います。

【スライド 87】



また、これは報告書や年報です。事故発
生時の参考資料、同じような事例が発生
したときに参考していただくというのも
ありますが、テーマに関連した診療科や
部署に周知するという答えが割と多くあ
りました。事故が発生する前から、こんな
ことが全国では起こっているみたいだよ
ということで、あらかじめ周知してい
ただくということも良いのではないかと
思います。

【スライド 88】



これは医療安全情報の活用です。これについては、職員全体に周知というのが一番多かったです。もちろん、テーマに関連した診療科や部署だけでもよろしいですけれども、大変分かりやすくできていますし、輸血等は特にいろいろな診療科に関わることでと思いますので、職員全体に周知していただくというのも良いのかなと思います。

【スライド 89】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

医療機関における医療安全情報の活用例

医療機関における医療安全情報の活用

- 1 医療安全情報に掲載したイラストを抜粋して使用した例
- 2 医療安全情報に掲載した院内の事例を加えた例
- 3 院内発行物に医療安全情報を組み込んで掲載した例
- 4 医療安全情報を院内教育の資料に使用した例

Copyright © 2015 JQCIC

医療安全情報の活用例を、情報集のNo.51～No.100 に載せていますので、最後に少しだけそれをご覧いただきたいと思います。

【スライド 90】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16群馬県合同輸血療法委員会

(1) 医療安全情報に掲載したイラストを抜粋して使用した例

人工呼吸器装着患者の移乗・体位変換は3人で行ってください！

事例：人工呼吸器装着中の患者が1人で移乗・体位変換を行うと、呼吸器が傾いたり、管路が引っ張られて、患者の安全が脅かされます。また、1人で移乗・体位変換を行うと、他のスタッフが怪我をする可能性があります。

当院ルールは3人介入です

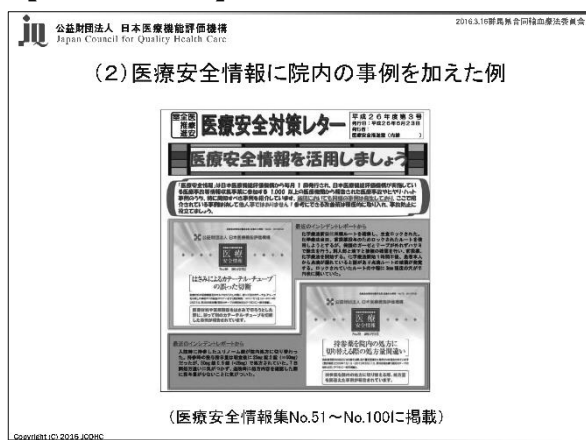
対策：体位変換・移乗の際に、呼吸チューブ・トラキチューブの固定を確認する。
体位変換・移乗は3人で、役割を決め、声をかけながら行う。
1人は人工呼吸器面罩を保持し、患者の顔面がずれないように注意する。

（医療安全情報集No.51～No.100に掲載）

Copyright © 2015 JQCIC

4つのパターンがあります。「人工呼吸器装着患者の移乗・体位変換は3人で行ってください！」というのは、これを活用している病院内でのルールです。それを職員に周知するために、この医療安全情報に掲載しているイラストを抜粋して、ルールを周知するために使っているという使い方です。

【スライド 91】



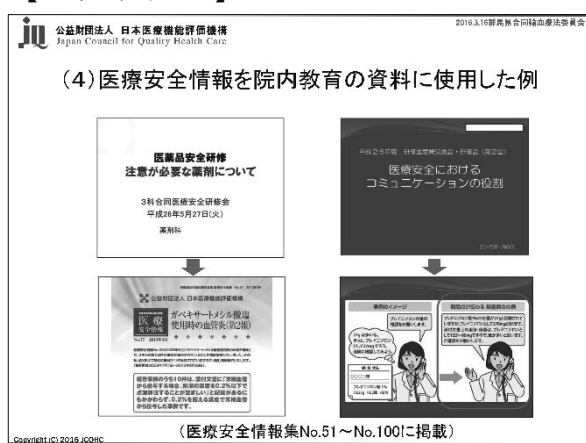
医療安全情報に加えて、この病院での最近のインシデントレポートから同じような事例を載せて周知をするということも行われています。

【スライド 92】



更に、『医療安全ニュース』や『安全通信』等、病院ではいろいろな定期的な、定期ニュースみたいなものを出しておられます。その中に、医療安全情報の内容を組み込んでくださっている所もあります。

【スライド 93】



また、これは院内での研修会のパワーポイントですけれども、医薬品の安全研修で、ガベキサートメシル酸塩、いわゆる FOY の濃度が高いことによって血管炎が起きたという医療安全情報を使ってくさったり、研修医に対する研修で、「医療安全におけるコミュニケーションの役割」ということで、これは疑義照会の場面ですが、どのように確認すればいいかというようなことも研修の材料として使っています。

【スライド 94】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2016.3.16 群馬県合同輸血療法委員会

まとめ

- 医療事故情報収集等事業は、医療事故の発生予防・再発防止を目的として、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を収集・分析し、情報提供している。
- 本事業に報告された事例をもとに、輸血に関する医療安全管理について概説した。

 本事業へのご参加・ご報告と情報活用をよろしくお願いいたします

Copyright © 2016 JCQHC

長くなりましたけれども、まとめです。本事業について、短い時間ではありましたが情報提供についてご紹介致しました。特に、輸血の事例について、時間の許す限り見ていただきまして解説をさせていただきました。このキャラクターは、時々、医療安全情報に出てきますナースのキャラで、ご存じの方も多いかと思いますけれども、今後も時々出てまいりますのでチェックしていただければと思います。

ぜひ事業へのご参加、ご報告とともに情報活用を、特に皆様の病院に即した事例を検索していただいて活用していただければと思います。

ご清聴いただきましてありがとうございました。

質疑応答

座長・横濱

坂口先生、大変ありがとうございました。
少し質問を受けても、先生よろしいでしょうか。
何か質問、ご意見、いかがでしょうか。

いわゆる適正輸血から少し離れるのかなとは思いましたがけれども、非常に事例を中心に分かりやすくお話しいただいたと思います。輸血に関する事故事例というのはあまり減っていないのが私はすごく驚きで、コンピューター認証を使っているにもかかわらず、何か少しコンピューターの認証システムというものの自体が限界かなと、身が引き締まる思いで聞いていましたけれども、いかがでしょうか。

いつも最後はヒューマンの所ですね。それを置くためにコンピューターがいたような感じもあるんですけども、なかなかそこまでうまくいかないというのが現場の実情というところだと思うんですけど、どうでしょうか。

私は、実はホームページを先程見させていただきましたが、事例の検索の項目の所に薬剤、次に輸血と。輸血は独立してあるので、それだけ輸血の安全というのは注目されているのかなと、あらためて思いました。いろいろ引っ張られて、各病院の輸血療法委員会で少し話題にするのにも本当にいい種かなと思って見ました。大丈夫でしょうか。

報告書と年報の違いというのは、どういうことですか。

坂口

年報の中には、例年ですと報告書で取り上げた分析テーマをもう 1 回、再び載せるということで、まとめて作成をしておりました。その他の違いとしては、訪問調査の結果ですね、これが大体 10 事例程度載っているかと思います。それと研修会ですね。先程、業務工程図を見ていただきましたけれども、研修会の資料等もその年によって掲載していることがあります。

ただ、今年の前稿については、これから準備をして計画しているところですので、若干形式が異なる可能性も出てきますが、大体 8 月の末頃に出す予定でいますので、ホームページをチェックしていただければと思います。

座長・横濱

いかがですか、せっかくの機会ですので。よろしいですかね。
では先生、今日は大変貴重なご講演をありがとうございました。

坂口

こちらこそ、ありがとうございました。